



Regione Piemonte - Azienda Sanitaria Locale CN2 "Alba - Bra"

**Determinazione Direttoriale**

NUMERO GENERALE	CODICE PROPOSTA				DATA
	BUDGET	ADOTT.	ANNO	PROGR.	
1674	000	DIG	12	0017	28 DICEMBRE 2012

**O G G E T T O :**

**APPROVAZIONE DEL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO PER PAZIENTI AFFETTI DA "PATOLOGIA NODULARE TIROIDEA"**

**IL DIRETTORE GENERALE SUPPLENTE  
DIRETTORE SANITARIO**

Premesso che:

- con nota registrata al protocollo aziendale al n. 0061360 in data 12 ottobre 2012 il dott. Monchiero Giovanni, Direttore Generale dell'ASL CN2 (nominato con D.G.R. n. 11-3721 del 27 aprile 2012), ha rassegnato le dimissioni;

- l'art. 3, c. 6, del D.Lg.vo 30.12.1992 n. 502 testualmente recita:

... omissis ...

*In caso di vacanza dell'ufficio o nei casi di assenza o di impedimento del direttore generale, le relative funzioni sono svolte dal direttore amministrativo o dal direttore sanitario su delega del direttore generale o, in mancanza di delega, dal direttore più anziano per età*

... omissis ...

- il più anziano tra i Direttori Amministrativo e Sanitario dell'ASL CN2 è il Direttore Sanitario che pertanto svolge in questa sede le funzioni del Direttore Generale;

Visto l'Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale approvato con DGR 28-2690 del 24.4.2006 in cui si ribadisce la "centralità del Medico di Medicina Generale nelle attività integrative" e si promuove "l'appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse: prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio";

Visto il Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2015 in particolare il punto 2. "Le scelte prioritarie", il punto 2.2. "Gli obiettivi di fondo";

Visto il vigente Atto Aziendale dell'ASL CN2 che all'art. 23 affida al Distretto il compito di tutela della salute dei cittadini avvalendosi dei professionisti delle cure Primarie, Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera scelta e loro forme associative per la definizione dei percorsi diagnostici e terapeutici concordati nell'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali;

Segue determinazione n. 1674/000/DIG/12/0017 del 28 dicembre 2012

Vista la DGR 1-8611 del 16.4.2008 "Piano di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico-finanziario delle Aziende Sanitarie Regionali 2008-2010" con cui si è ritenuto di intervenire a livello distrettuale sul governo della domanda tramite l'aumento dell'appropriatezza dell'attività specialistica ambulatoriale ed il contenimento delle liste di attesa;

Visto l'art. 9 del vigente Atto Aziendale dell'ASL CN2 con cui sono fissate le indicazioni per l'integrazione ospedale territorio;

Preso atto della fattiva collaborazione instauratasi tra i medici ospedalieri ed i Medici di Medicina Generale, che ha condotto alla realizzazione di un protocollo diagnostico terapeutico per la patologia nodulare tiroidea;

Visto il Verbale dell'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali del 29 novembre 2012 con cui è stato approvato il protocollo Diagnostico Terapeutico per pazienti affetti da "Patologia Nodulare Tiroidea";

Su proposta conforme, per quanto di competenza, del Direttore del Distretto n. 1 di Alba (dr. Luca Monchiero) del Direttore del Distretto 2 di Bra (dr. Elio Laudani) e del Direttore della SOC Cure Primarie e Domiciliari (Dr. Patrizia Corradini);

Acquisito solamente il parere favorevole, per quanto di competenza, del Direttore Amministrativo (ex art. 3, comma 1-quinquies, D.Lg.vo 30.12.92, n. 502 e s.m.i.), in quanto il Direttore Sanitario svolge le funzioni di Direttore Generale Supplente;

#### DETERMINA

- di approvare l'**allegato** Percorso Diagnostico Terapeutico per pazienti affetti da "Patologia Nodulare Tiroidea" (che costituisce parte integrante del presente atto);
- di inviare la presente determina:
  - ai Medici di Medicina Generale dell'ASL CN2;
  - al Direttore Sanitario dei Presidi Ospedalieri di Alba e di Bra Dr.ssa Frigeri Maria Cristina;
  - al Direttore SOC C.P.D. Dr.ssa Patrizia Corradini;
  - al Direttore SOC Anatomia Patologica Dr. Paolo De Giuli;
  - al Direttore SOC Chirurgia Generale di Alba Dr. Salvatore Camera;
  - al Direttore SOC Chirurgia Generale di Bra Dr. Marco Valente;
  - al Direttore f.f. SOC Radiologia di Alba Dr. Gianpiero Murialdo;
  - al Direttore vicario SOC Radiologia di Bra Dr. Dario Fraire;
  - al Direttore SSD Diabetologia Dr.ssa Anna Maria Nuzzi.
- di dichiarare la presente determinazione, vista l'urgenza di provvedere in merito, immediatamente esecutiva, ai sensi dell'art. 3, comma 2 della Legge Regionale 30 giugno 1992, n. 31 e s.m.i..

Letto, approvato e sottoscritto.



IL DIRETTORE GENERALE SUPPLENTE  
DIRETTORE SANITARIO  
Francesco MORABITO

Sottoscrizione per conferma del parere richiamato nel contesto della determinazione:

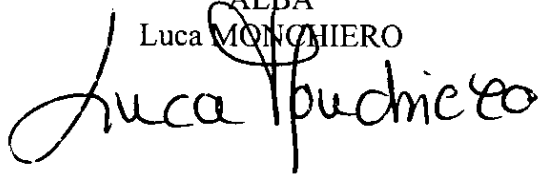
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
Gianfranco CASSISSA

Segue determinazione n. 1674/000/DIG/12/0017 del 28 dicembre 2012

Sottoscrizione dei proponenti:

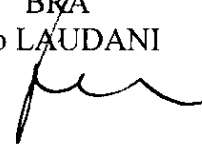
IL DIRETTORE DI DISTRETTO 01

ALBA  
Luca MONCHIERO



IL DIRETTORE DI DISTRETTO 02

BRA  
Elio LAUDANI



IL DIRETTORE DELLA S.O.C.  
CURE PRIMARIE E DOMICILIARI  
Patrizia CORRADINI



Allegato:

- Percorso Diagnostico Terapeutico

Archivio: 1.3.3

sgsq

## **PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO PER PAZIENTI AFFETTI DA “PATOLOGIA NODULARE TIROIDEA”**

Questo breve documento vuole essere uno strumento operativo per orientare l'attività del Medico di Medicina Generale di fronte al paziente con patologia nodulare tiroidea.

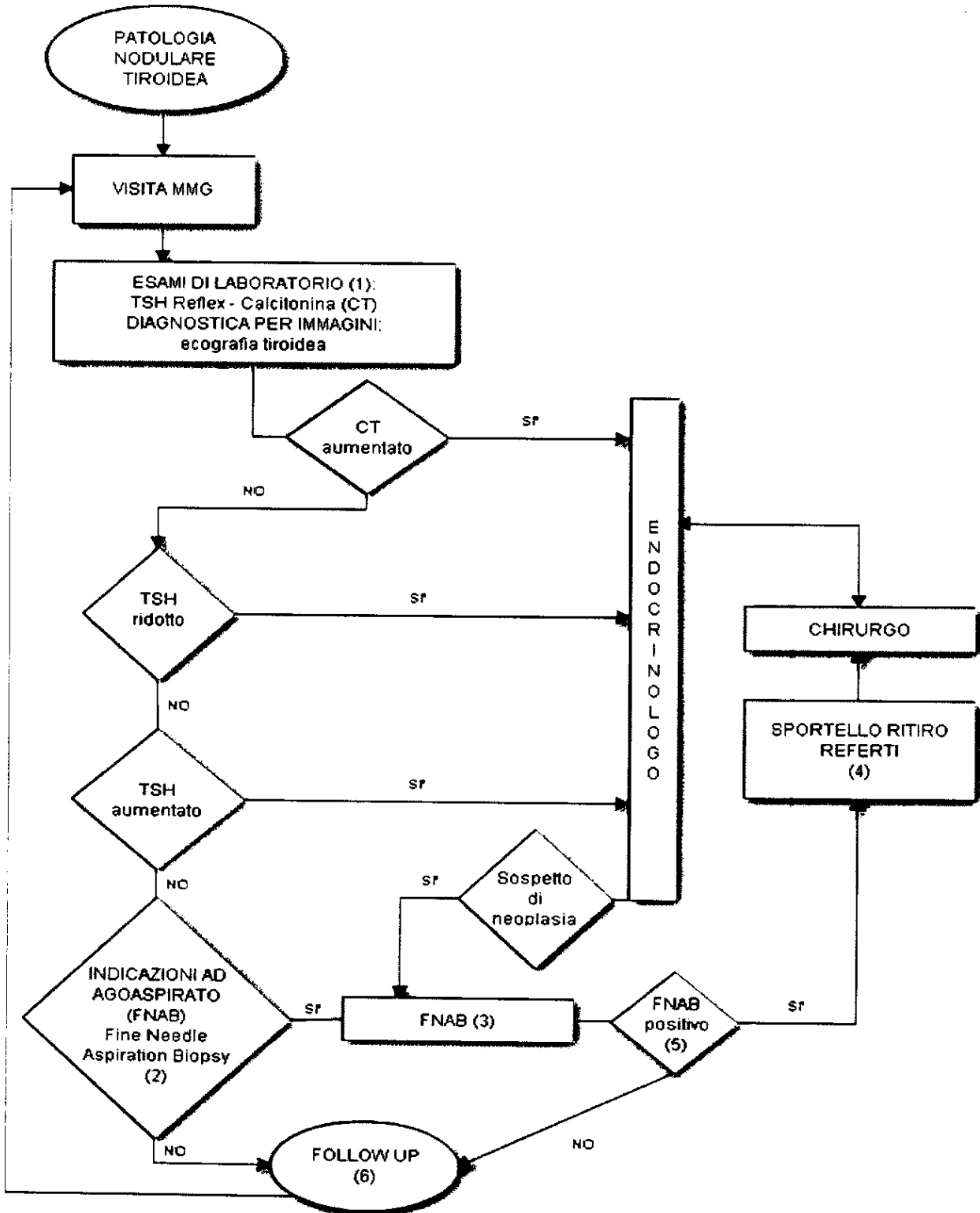
Il presente Percorso Diagnostico Terapeutico (P.D.T.A) sulla patologia nodulare tiroidea suggerisce un razionale invio dei pazienti al secondo livello di diagnosi e terapia (specialisti endocrinologo e chirurgo).

Il documento in parola si basa sul Protocollo Regionale Approvato dall'ARESS Piemonte (2011) e ne adatta i contenuti alla realtà locale.

Il protocollo, schematizzato nel diagramma di flusso, è stato condiviso e concordato dai Direttori dei Distretti di Alba e di Bra in collaborazione con la Soc Anatomia Patologica, la Soc Endocrinologia e la Soc Chirurgia Generale e la Direzione di Presidio, per meglio orientare l'attività del Medico di Medicina Generale con l'intento di snellire le procedure diagnostiche e seguire il paziente in tutti i percorsi.

Il Documento è stato approvato nella seduta UCAD del 29/11/2012.

## DIAGRAMMA DI FLUSSO



## **NOTE**

**(1)** Si consiglia di non richiedere ulteriori accertamenti oltre a quelli qui indicati poiché in questa fase potenzialmente inappropriati. In particolare non è indicato prescrivere esami di laboratorio quali la tireoglobulina e gli anticorpi antitiroide.

**(2)** La FNAB è indicata:

- nei nodi di diametro >1 cm solidi, ipoecogeni all'ecografia;
- nei nodi < 1cm. con caratteri ultrasonografici di rischio neoplastico (se la FNAB è tecnicamente fattibile); la coesistenza di due o più criteri ecografici di sospetto aumenta sensibilmente il rischio di carcinoma tiroideo;
- nei nodi di qualsiasi dimensione in soggetti ad alto rischio di carcinoma tiroideo (pregressa irradiazione del collo; MEN2- Neoplasia endocrina multipla di tipo 2, FMTC - Familial Medullary Thyroid Carcinoma, FPTC - Familial Papillary Thyroid Carcinoma, pregresso intervento per carcinoma della tiroide; elevati livelli di calcitonina in assenza di fattori interferenti);
- nei nodi di qualsiasi dimensione con caratteri ultrasonografici suggestivi di sviluppo extracapsulare o con sospette metastasi linfonodali.

Nel gozzo plurinodulare la FNAB deve essere effettuata sul/sui nodo/i con caratteristiche cliniche o ecografiche sospette (che non coincide necessariamente con il nodo di maggiori dimensioni).

**(3)** La prescrizione dell'esame diagnostico FNAB è possibile sia da parte del MMG che dell' Endocrinologo di fronte ad un nodulo in sospetto di neoplasia maligna (vedi nota precedente).

**(4)** Questo passaggio richiede un delicato momento di corretta comunicazione con il paziente. Il MMG svolge un ruolo di primo piano in questo punto del percorso. E' fondamentale informare il paziente sulle modalità operative dell'esame stesso, come si fa, qual è la sua utilità e la sua finalità.

**(5)** Categorie diagnostico/operative:

**TIR 1** - Non Diagnostico per inadeguatezza tecnica di striscio, fissazione, colorazione o per non rappresentatività cellulare.

Generalmente si tratta di materiale proveniente da nodi cistici con cellularità scarsa o assente, lesioni sclerotiche benigne o maligne, capsula spessa o calcifica, lesioni necrotiche, errori di campionamento. Nodi cistici colloidei e/o emorragici e aree di tiroidite con tappeto di elementi linfoidi, anche se non rappresentativi secondo quanto sopra riportato, possono rientrare nella successiva categoria della benignità (TIR 2).

**TIR 2** - Negativo per Cellule Maligne

Questa categoria include il gozzo, le cisti, le tiroiditi e qualsiasi altra patologia inquadrabile in una proliferazione benigna.

**TIR 3** - Neoformazione Follicolare

Comprende adenomi/carcinomi follicolari (anche nella variante oncocitica), casi di carcinoma papillare a variante follicolare, nodi di tipo iperplastico ad architettura micro follicolare.

**TIR 4** - Sospetto di Malignità

Comprende: a) preparati con cellularità adeguata caratterizzata da quadri suggestivi ma che non soddisfano pienamente i criteri per una diagnosi di malignità certa;

*Segue determinazione n. 1674/000/DIG/12/0017 del 28 dicembre 2012*

b) preparati con scarsa cellularità ma con caratteristiche cellulari fortemente suggestive per malignità.

**TIR 5 - Positivo per Cellule Maligne**

Comprende preparati con cellularità adeguata e caratteristiche cellulari fortemente indicative di carcinomi papillari, midollari, anaplastici, linfomi e metastasi.

#### STRATEGIE OPERATIVE PER CATEGORIA DIAGNOSTICA:

**TIR 1.** Generalmente è raccomandabile la ripetizione dell'esame. A giudizio dello specialista, possono essere scelte l'opzione chirurgica oppure l'inserimento in un programma di follow-up, in base alla presenza o meno di elementi clinici o strumentali di sospetto neoplastico o di sintomatologia compressiva.

**TIR 2.** Identifica con elevatissima probabilità una lesione benigna. A giudizio dello specialista, possono essere scelte l'opzione chirurgica oppure l'inserimento in un programma di follow-up. I criteri che guidano tale scelta sono la presenza di manifestazioni compressive o comunque la presenza di criteri clinici fortemente sospetti per malignità. In caso di sintomatologia compressiva, in alternativa all'opzione chirurgica ed in casi selezionati, possono essere considerate l'alcolizzazione percutanea (PEI) (nodo cistico), la radioterapia metabolica con <sup>131</sup>I o la termoablazione ecoguidata (nodo solido). La terapia di routine con L-tiroxina non è raccomandata; in casi selezionati (preferibilmente soggetti giovani con noduli piccoli in accrescimento), si può proporre terapia medica con L-tiroxina a dosi tali da ottenere una moderata soppressione del TSH. Il programma di follow-up prevede annualmente il controllo clinico, ecografico e del TSH (in caso di terapia con tiroxina controllo di TSH, fT4). L'agoaspirazione sotto guida ecografica può essere ripetuta nel tempo ed è raccomandata se il nodulo aumenta di volume in modo significativo o in caso di variazioni delle caratteristiche cliniche o ecografiche.

**TIR 3.** In questa categoria rientrano noduli in cui la citologia non consente di distinguere con certezza le lesioni benigne da quelle maligne. La LG di riferimento non raccomanda la ripetizione della FNAB. In linea generale è indicato l'intervento chirurgico, opzione che deve comunque essere discussa con il paziente e valutata alla luce del contesto clinico-strumentale e del rischio neoplastico stimato. La LG di riferimento non raccomanda, in linea generale, l'esecuzione di un esame istologico estemporaneo intraoperatorio. La scelta di soprassedere alla tiroidectomia (basata sulla presenza di caratteri clinici, ultrasonografici e citologici favorevoli) deve essere condivisa con il paziente e presuppone una informazione adeguata ed esaustiva.

In caso di livelli di TSH ridotti, anche se non francamente soppressi, può essere indicata l'esecuzione di una Scintigrafia Tiroidea allo scopo di identificare noduli iperfunzionanti misconosciuti, per i quali non è indicato l'intervento chirurgico (se non per la risoluzione dell'iperfunzione).

**TIR 4.** L'indicazione è chirurgica, da valutare comunque alla luce del rapporto rischio-beneficio. La LG di riferimento raccomanda, in linea generale, l'esecuzione di un esame istologico estemporaneo intraoperatorio.

**TIR 5.** L'indicazione è chirurgica, da valutare comunque alla luce del rapporto rischio-beneficio.

**(6)** Il Follow up deve prevedere controlli con cadenza annuale. Non sono indicati follow-up con cadenze brevi (minori all'anno).

*Segue determinazione n. 1674/000/DIG/12/0017 del 28 dicembre 2012*

<p>Invio al controllo della <b>Giunta della Regione</b>, ex art. 2, c. 1, L.R. 30 giugno 1992, n. 31</p> <p>prot. n. _____ del _____,</p> <p>ricevuta dalla Regione in data _____</p> <p>Richiesta chiarimenti da parte della Regione</p> <p>prot. n. _____ del _____</p> <p>Risposta chiarimenti da parte della Regione con nota</p> <p>prot. n. _____ del _____,</p> <p>ricevuta dalla Regione in data _____</p> <p>Provvedimento conclusivo del procedimento</p> <p>n. _____ del _____</p> <p><input type="checkbox"/> declaratorio di nullità o decadenza  <input type="checkbox"/> di annullamento o non approvazione  <input type="checkbox"/> di approvazione</p>	<p>Invio al <b>Collegio Sindacale</b></p> <p>Prot. n. _____ del _____</p> <hr/> <p>Invio alla <b>Rappresentanza della Conferenza dei Sindaci:</b></p> <p>Prot. n. _____ del _____</p> <hr/> <p><b>CERTIFICATO DI REGISTRAZIONE CONTABILE</b>                  Si dichiara l'avvenuta registrazione contabile da parte della S.O.C. Gestione Economico-Finanziaria Alba, li _____</p> <p align="center"><b>IL FUNZIONARIO INCARICATO</b></p> <p align="center">_____</p> <hr/> <p align="center"><b>CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE</b></p> <p>Si certifica che la presente determinazione è stata posta in pubblicazione presso l'Albo Informatico dell'A.S.L. CN2 (ai sensi dell'art. 32, c. 1, L. 18/06/09 n. 69) il _____ per quindici giorni consecutivi</p> <p align="center"><b>IL FUNZIONARIO INCARICATO</b>                  S.O.C. AFFARI GENERALI  <i>Silvia BARACCO</i></p>
<p><b>CERTIFICATO DI ESECUTIVITA'</b></p>	
<p>Provvedimenti soggetti al controllo della Giunta della Regione</p> <p>Si certifica che la presente determinazione è divenuta esecutiva il _____</p> <p><input type="checkbox"/> per decorrenza dei termini  <input type="checkbox"/> per approvazione da parte della Giunta della Regione</p>	<p>Provvedimenti <b>non</b> soggetti al Controllo della Giunta della Regione</p> <p>Si certifica che la presente determinazione è divenuta esecutiva il <b>28 DICEMBRE 2012</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> essendo immediatamente eseguibile  <input type="checkbox"/> essendo trascorsi dieci giorni dalla pubblicazione (art. 3, comma 2, L.R. 30/06/92, n. 31 e s.m.i.)</p>
<p><b>IL FUNZIONARIO INCARICATO</b>                  S.O.C. AFFARI GENERALI  <i>Silvia BARACCO</i></p>	